

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
NACIONALIDADE: BRAZILIANO ESTADO CIVIL: CASADO
PROFISSÃO: DESEMPREGADO CPF: 053.268.204-12
ENDEREÇO: RUA BOA ESPERANÇA, 351, SUP-A
BAIRRO: NOSSA SENHORA DO O' CEP: 53.431-305
CIDADE: PAULISTA UF: PERNAMBUCO.

OUTORGADOS: KLEITON DO NASCIMENTO ANDRADE, CPF/MF082.419.264-80 e OAB/PE 45.895, e ALEXANDRO SILVA DE SANTANA, CPF/MF067.958.064-64, e OAB/PE 49.091, ambos com endereço profissional na Rua Marino de Melo Berenguer, número 37, Bairro de Casa Amarela, Cidade do Recife, Estado de Pernambuco.

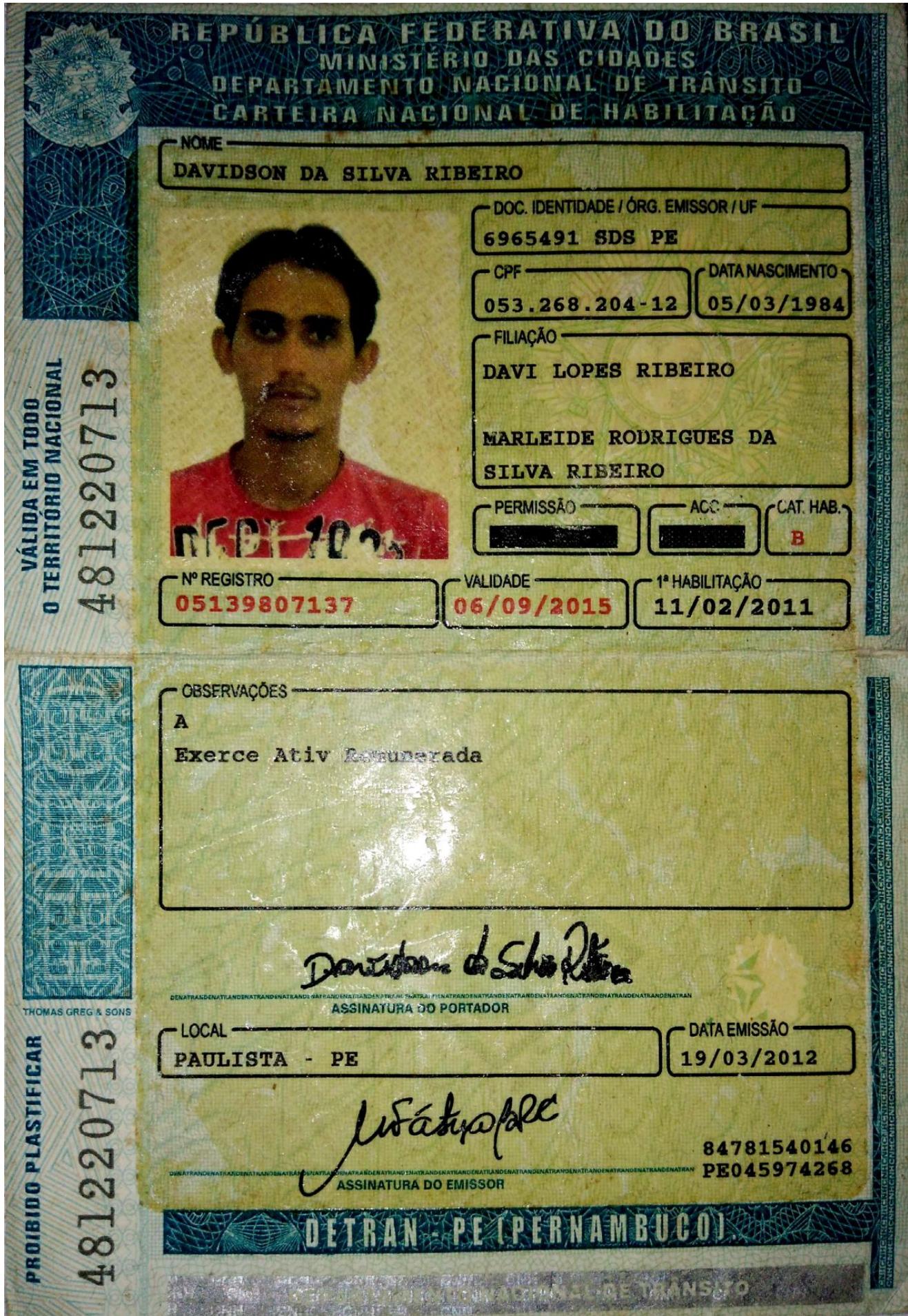
PODERES: Poderes geral para o foro, especialmente para a defesa dos interesses do(a) Outorgante no ajuizamento e acompanhamento de ações, bem como para habilitação em ações contra o(a) Outorgante, podendo os Outorgados apresentar contestação e praticar todos os demais atos necessários à defesa de seus interesses, podendo ainda os Outorgados agindo em conjunto ou separadamente, em qualquer instância ou grau de jurisdição a tudo requerer, inclusive transigir, desistir, receber, dar quitação, firmar, compromisso e substabelecer com ou sem reservas, praticando todo e qualquer ato, por mais específico que seja necessário ao fiel cumprimento do presente.

DECLARAÇÃO: O(A) outorgante DECLARA, para todos os fins de direito e sob as penas da lei, que não tem condições de arcar com as despesas inerentes à presente ação, sem prejuízo de seu sustento e de sua família, necessitando, portanto, da gratuidade judiciária, indicando como seus advogados os outorgados acima nomeados, nos termos do § 4º do artigo 5º, da Lei 1.060 de 1950.

PAULISTA, 12 de FEVEREIRO de 2019

Davidson da Silva Ribeiro
OUTORGANTE





Scanned by CamScanner



Nome do Cliente: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Endereço da Unidade: RUA BOA ESPERANCA,351 Sup.: --A
N SA DO O - PAULISTA

Data: 02.10.2018

Prezado(a) Cliente:

Informamos o **DESLIGAMENTO DEFINITIVO ADMINISTRATIVO** referente ao contrato de fornecimento nº 11717147

Para solicitar a reativação do fornecimento de Energia Elétrica, regularize seu débito e acesse a sua Agência Virtual (www.celpe.com.br) ou, se preferir, procure uma das Agências de Atendimento da CELPE ou Postos Credenciados CELPE Serviços.

Cordialmente,

Companhia Energética de Pernambuco

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEITON DO NASCIMENTO ANDRADE - 14/02/2019 12:23:55
<https://pje.tjpe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021412235507500000040655272>
Número do documento: 19021412235507500000040655272

Num. 41257640 - Pág. 2



**SECRETARIA DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA**

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO

DA Nº 05.10.2017
EM: 05.10.2017

Atendendo ao requerimento do Sr., DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO, RG Nº 6.965.491 - SDS - PE, CPF Nº 053.268.204-12, declaramos que baseado na ficha de Ocorrência Nº S - 386171, do dia 27 de setembro de 2017, foi atendido pelo nosso Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU Paulista, por volta das 08hs e 18min, vítima de colisão de bicicleta x automóvel, na Av. Brasil, S/N, Maranguape – Paulista, nas proximidades da Igreja Batista, sendo em seguida removido para a UPA de Olinda.

Jeane Andréa da Silva
Jeane Andréa da Silva
COREN 172162
Coordenadora de Enfermagem
SAMU-Paulista MAT. 60850

Jeane Andréa da Silva
Enfermeira
COREN-PE 172182

Av. Antônio Cabral de Souza nº810, Maranguape I CEP 53421-420 – Paulista/PE.

Scanned by CamScanner



Atendimento: 1197443
Data e Hora: 27/09/2017 08:59

Senha da Classificação:

0069

Paciente: 296535 DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO Sexo: MASCULINO
Nome Social:
Data do Nascimento: 05/03/1984 Idade: 33 anos Convenio: 2 SUS - PRONTO ATENDIMENTO
Nome da Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO Nome do Pai:
Estado Civil: SOLTEIRO Nome do Médico: ORTOPEDISTA - PLANTONISTA CRM: 1234567
Endereço: BOA ESPERANCA CASA A -- 351 Bairro: NOSSA SENHORA DO O
Cidade/UF: PAULISTA PE Cep: 53431180 Usuário Atendimento: SHIRLENESS
RG (identidade): Data de Emissão:
CPF (Cadastro de Pessoa Física): Fone: 84548376
CRN(Certidão de Registro de Nasc): Data de Emissão CRN:

RESUMO DE TRATAMENTO

Peso: _____ Altura: _____ Temperatura: _____ Hora: _____

Queixa Principal

Paciente trazido pelo somo cito de edema com rebulho
nas têmas, nos pés da paciente, referiu dor - onda de
migração - murchas negras e calor cervical.

Exame Físico

dor e edema d. 10M. - m. m. d.
côto. exp. m. g. fer. m. m. exp. m.

Hipótese Diagnóstico

edema d. abd. d. (000106010-01)

Conduta Terapêutica

Solvente m.

Edmilia Viana de Oliveira
COPEN-PE 396866

10/10

Prescrição Médica

- Tiofio
- Tionol 500 mg + 100 ml 370,86 EU.
- Cefotaxim 1500 mg. IM.
- Soro fisiológico

Destino: () Encaminhado ao Ambulatório () Residência

Transferido:

Para:

KOF.

Senha: 5266 859

S. P. D. 0.3
Ortopedia / Reumatologia
09/09/2017

Carimbo/Médico

INMobilização



1197443



Protocolo de Encaminhamento

TIPO DE OCORRÊNCIA

Causa Externa: Acidente/Violência () Causa Clínica () Obstétrico () Psiquiátrico () SENHA 5264854
 Em caso de violência/acidente: Via Pública () Domicílio () Local de Trabalho ()

IDENTIFICAÇÃO

Nome do Paciente: _____ Pac: 296836 - DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO Idade: 33
 Sexo: M () F () Profissão: _____ Mês: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO _____
 Endereço Residencial: _____ Número: 1197443 Data: 05/03/1984 Fone: _____
 Cidade: _____ Bairro: _____

CAUSA EXTERNA (ACIDENTE/VIOLÊNCIA)

Acidente de Trânsito: Ônibus () Caminhão () Carro de Passeio () Motocicleta ()
 Atropelamento: Pedestre () Ciclista ()
 Automóvel (Colisão): Passageiro () Motorista () Banco de Trás () Banco da Frente () Uso de cinto: S() N()
 Motocicleta: Motociclista () Passageiro () Uso de Capacete: S() N()
 Semi-Afogamento/Submersão () Soterramento ()
 Intoxicação Exógena () Animais Peçonhentos () Agente Causador: _____
 Exposição ao: Fogo/Fumaça/Choque Elétrico ()
 Queimaduras: 1º Grau () 2º Grau () 3º Grau ()
 Queda: () Altura Aproximada _____ Metros () Queda da Própria Altura
 Agressões: () Por Arma de Fogo/Tipo _____ () Arma Branca/Tipo: _____
 Agressão Sexual () Maus Tratos () Outros () Citar: _____
 Mecanismo do Trauma: () Impacto Frontal () Impacto Lateral () Impacto Traseiro () Ejeção () Capotamento

CAUSAS CLÍNICAS

História Clínica Atual: PACIENTE VITIMA de corte no rosto e bico da
 Lengua de corte no dor em óbito dentro.

Hipótese Diagnóstica: Fratura de escápula direita

AVALIAÇÃO CLÍNICA

Glicemia Capilar (HGT): _____ Temperatura: _____ F.C.: _____ P.A.: _____ x
 Vias Aéreas: FR _____ Dispneia S() N() Tiragem Intercostais S() N() Obstrução Vias Aéreas: S() N()
 Sibilos Expiratórios: S() N() BAN*: S() N() Deformidade do Tórax: S() N() Gémido/Estridor: S() N()
 Distúrbio Fala/Choro: S() N()
 Agitação Psicomotora: S() N() Lesões de face: S() N() Retração Xifóide: S() N()
 Perfusion Periférica: Boa () Lentificada () Bulhas Cardíacas: Normofonéticas () Hipofonéticas ()
 Pulso: Rítmico () Arrítmico () Filiforme () Fino ()
 Colocação da Pele: Normocorada () Palidez () Cianose ()
 Sudorese: S() N() Desidratado: S() N() Ictérico: S() N()

FR: RN 35-50
 < 1 ano 30-50
 Crianças 20-30
 Adulto 12-30

FC: RN 120-160
 < 1 ano 90-140
 Criança 80-110
 Adulto 60-100



L OTAVIO DE FREITAS

Classificação de Risco - Protocolo

MANCHESTER_V2

17 11:45

Nome Paciente: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Cód. Paciente: 1042229
Data de Nascimento: 05/03/1984
Sexo: Masculino
Idade: 33
Senha: FN0025
Convênio: 2 - SUS - AMBULATORIO
Atendimento: 690661 

27/09/2017 11:45 - ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA - COREN: 94448 - FUNÇÃO: ENFERMEIRO(A) -

Prioridade: AMARELO - URGENTE

Cor:  AMARELO

Queixa Principal: PACIENTE VEIO ENCAMINHADO DA UPA DE OLINDA. SOFREU QUEDA DE BICICLETA APOS COLISAO CO CARRO HOJE DE MANHA. TRAUMA EM MSD. QUEIXA DE DOR.

Observação:

Fluxograma sintoma: PROBLEMAS EM EXTREMIDADES

Discriminador(es): - DOR MODERADA?

Especialidade: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Alergia(s): -

Sinais Vitais Lidos: - RÉGUA DE DOR: 5

Acolhido(a) por: ALDIVA ERICE BEZERRA MODESTO DE LUNA
Data: 27/09/2017 11:45

Sistema de Acolhimento com Classificação de Risco

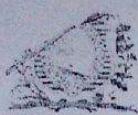
Página 1 de 1

Scanned by CamScanner



Assinado eletronicamente por: KLEITON DO NASCIMENTO ANDRADE - 14/02/2019 12:23:55
<https://pje.tjepe.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=19021412235517000000040655338>
Número do documento: 19021412235517000000040655338

Num. 41257706 - Pág. 4



HOSPITAL OTÁVIO DE FREITAS
EMERGÊNCIA



BAIXADO OK

1 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
 Data Nasc.: 05/03/1984 Idade: 33 Sexo: MASCULINO Cor: PARDA Religião:
 CPF: RG:
 Endereço: RUA BOA ESPERANCA
 Bairro: LOTEAMENTO CONCEICAO Cidade: PAULISTA
 CEP: 53433700 Fone: 558185620839
 Acompanhante:
 Nome da Mãe: MARLEIDE RODRIGUES DA SILVA RIBEIRO
 Nome do Conjugue:
 Clinica: ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA

Atendimento: 690661 Prontuário: 1042229
 CNS: 708007386734921
 Nº: 351
 Estado: PE
 Celular:
 Profissão:
*Vista
velo
NPF*

2 - ATENDIMENTO Data: 27/09/2017 11:39 Médico: MEDICO PLANTONISTA

Queixa Principal / HDA:

DOR EM OMBRO DIR, 1 P+5 ATENDE P-
 TRÂNSITO (BICICLTA X CICLO) 1 m 1000 P-
 25 HORAS TRAUMA RX DO OMBRO COM IMAGEM SUGESTIVA

Exame Físico: P- FR 1 TMA R- = S/EXPL PA: FC: FR:

DOR = LIM. DIF. FUNDAÇÃO IN MISTO P-

Diag. Provisório:

Fratura de escápula.

SOLICITO TC DO OMBRO P-

Prescrição:

Dieta:

Horário

Data

Dr. João Paulo Magalhães
 Ortopedista e Traumatólogo
 CRM-PB 16222 / REC 12460

*OUTRO 7
27/09/17*

Dorsum envolto bem. Abdome: Pco, dor ventral, dor
 lombar.
 Rx com todos os exames: apela, duplio
 neuromuscular, gênero de
 mero. Rx de outras áreas.
 CD: 1/Instrumento com curvação.
 Monitoramento

1 de 2

Scanned by CamScanner





HOF
HOSPITAL GERAL OTÁVIO DE FREITAS

INST. NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA MÉDICA SUS-PE

ATESTADO MÉDICO

ATESTO que o Segurado Douglas de Souza
21/02/2019

portador da Carteira Profissional n.º _____ Série _____
necessita de 30 (TRINTA) dias de afastamento
do trabalho, a partir desta data, por motivo de doença.

c) Diagnóstico Fratura de escápula (D)

d) Tratamento
conservador

Deverá retomar ao Ambulatório de _____
Com _____ dias (marcação preferencial, na fila, no dia anterior)

HOF
HOSPITAL/AMBULATÓRIO

27/02/19
LOCALIDADE/DATA

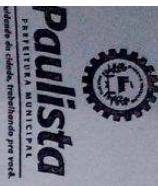
Ass. do Médico - CRM N.º

NOTA: ESTE ATESTADO É VÁLIDO PARA AS FINALIDADES PREVISTAS NO ART. 26
DO RGPS, APROVADO PELO DECRETO N.º 80.501 DE 14-03-67 E SERÁ EXPEDIDO
PARA JUSTIFICATIVA DE 01 À 16 DIAS DE AFASTAMENTO DO TRABALHO

130-HGOF

Scanned by CamScanner





SECRETARIA DE SAÚDE
DA CIDADE DO PAULISTA
SUS



RECEITUÁRIO/MÉDICO

Dra. M. S. Birkemeyer

Plataforma de Saúde

Leônidas, 11, em São

Leônidas, 11, em São

Leônidas, 11, em São

3521

Dr. Rinaldo Lucena
Cirurgião do Ombro
CRM 1112/PE

2-5-18

Assinatura e CRM do(a) médico(a)



SECRETARIA DE SAÚDE
DA CIDADE DO PAULISTA
SUS



RECEITUÁRIO/MÉDICO

Dra. M. S. Birkemeyer

Plataforma de Saúde

Leônidas, 11, em São

Leônidas, 11, em São

Leônidas, 11, em São

2-5-18

Assinatura e CRM do(a) médico(a)

Dr. Rinaldo Lucena
Cirurgião do Ombro
CRM 1112/PE



Rio de Janeiro, 08 de Janeiro de 2018

Aos Cuidados de: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO

Nº Sinistro 3180008789
Vitima: DAVIDSON DA SILVA RIBEIRO
Data do Acidente: 27/09/2017
Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NEGATIVA TÉCNICA - SEQUELA NÃO INDENIZÁVEL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no seu pedido de indenização cadastrado sob o número de sinistro 3180008789, esclarecemos que não foram identificadas sequelas permanentes cobertas pelo Seguro DPVAT em razão do acidente ocorrido em 27/09/2017. Por esse motivo, o seu pedido de indenização foi **negado**.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00173/00174 - carta_05 - INVALIDEZ



Carta nº 12210393

